

Auftrag Eignungs- / Tauglichkeitsuntersuchung

Sie haben für Ihre (n) Mitarbeiter (in) einen Termin für eine Eignungs- / Tauglichkeitsuntersuchung vereinbart – Vielen Dank. Wir bitten Sie nun uns den Auftrag zu bestätigen.

Bitte vollständig ausfüllen und per Post / Fax / Mail zurücksenden

Auftragnehmer: Dr. med. Werner Lindner Facharzt für Arbeitsmedizin Schützenstr. 24 96149 Breitengüßbach praxis@doktor-lindner.de Fax: 09544 / 98 42 511	Auftraggeber / Rechnungsanschrift:
--	------------------------------------

Beauftragt werden folgenden Leistungen für unsere (n) Mitarbeiter (in):

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Beschreibung der gewünschten Leistung(en), möglichst eindeutig durch Angabe

- der „G-“Nummer (n) und/oder
- der ausgeführten Tätigkeit

Hinweise finden Sie auch auf der Preisliste im Downloadbereich unserer Homepage

vereinbarter Termin: _____

Vom Pauschalpreis gemäß Preisliste (siehe Downloadbereich unserer Homepage) habe ich Kenntnis genommen und akzeptiere diesen. Mir ist bekannt, dass das Untersuchungsergebnis (Eignungsbeurteilung) aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht zunächst nur dem Untersuchten zusteht. Die Weitergabe an den Auftraggeber bedarf dessen Zustimmung. Wenn die Zustimmung verweigert wird, bleibt der Auftraggeber trotzdem in vollem Umfang kostenpflichtig für die beauftragte und durchgeführte Untersuchung.

Auftraggeber/Beauftragter (Name in Druckbuchstaben): _____

Datum _____ Unterschrift _____